



乡村医生职业嵌入的内卷化困境与治理路径

张雨薇 武 晋

[摘 要] 作为深度嵌入国家的红色赤医之延续,乡村医生在改革开放后40年间呈现脱嵌样态;21世纪以来,村医职业逐渐在制度、结构与认知层面回嵌于国家。引入内卷化概念梳理其嵌入过程发现,在强国家-弱法团的单向度主导与村医自主悬搁之耦合下,村医职业嵌入正在遭遇内卷化危机:以技术理性为表征,精细化、繁复化与形式化的制度干预与规制直接作用于村医职业内容与边界,职业去专业化风险由此滋生;乡-村两级医疗卫生组织间关系的变动与收入结构的调整使得职业管辖权不断弱化,村医职业的法团自主性进一步消弭;职业身份的错置、模糊化与科层化伴随着对药物使用的规制,村医在认知嵌入过程中开始遭遇临床自主性丧失危机,由此带来了基层卫生消解医疗的非预期性后果。在市场与社会之外整合职业社群的力量乃是实现村医职业的发展型嵌入的必行之计。

[关键词] 嵌入;内卷化;村医;职业

DOI:10.13240/j.cnki.caujsse.2021.02.006

“残废衰弱,社会之病也,国家应如何鼓励个人卫生使人民之康健增进;疾病伤痛,贫国之道也,国家应如何谋防病之方及治疗之术,使人民之厄苦减轻”^{[1]338}。不同于前现代化时期,卫生与健康责任归属于个人与家庭;清末以降,现代国家开始初步建构起卫生行政体系,通过“医学的国家化”干预基层社会与公民个体^{[2]19}。1949年新中国成立之初,与当时相对落后生产力水平适应的赤脚医生职业,深度嵌入制度、结构与认知之中。改革开放之后,旧式合作医疗随着人民公社制度而崩解,国家在基层医疗卫生服务供给侧开始了大撤退,村医在自主经营自负盈亏模式下一度脱嵌于国家。21世纪以来疾病谱系开始向慢性病转移,人民医疗卫生服务需求不断提升,基层医疗卫生场域职业系统内部的竞争不断加强,有限资源与无限需求的矛盾加剧以及村医个人职业发展与公益属性的冲突,使得农村居民能够获取的就医福祉与医疗服务收益开始相对减少。作为对时代需求与人民群众现实需求的必然回应,国家开始回到医疗卫生供给侧,在强化基层医疗卫生服务体制改革进程中重新将乡村医生吸纳到基层医疗卫生体系中。21世纪以来,尤其是新一轮医疗卫生体制改革拉开序幕之后,国家针对乡村医生出台了多项方针政策,就如何在城乡发展不均衡情境下合理规划配置农村地区医疗卫生资源,强化乡村医生基层医疗卫生服务供给能力,提高农村居民医疗卫生服务利用率做出了平衡。在取得诸多成就的同时,一些问题依旧悬而未决:首先,农村地区医疗不足与过度医疗、药物短缺、药物滥用并存;其次,在国家公共卫生服务项目等政策资源不断向村医倾斜的同时,国家卫健委历年《中国卫生健康统计年鉴》依旧显示出村医职业的日渐疲敝。全国乡村医生数量与村卫生室诊疗量正在逐年下降,2019年村卫生室人员共144.6万人,同比减少0.5万人,其中乡村医生79.2万人,同比减少5.3万人,村卫生室全年总诊疗量16亿人次,同比减少0.7亿人次,2010—2019年村卫生室诊疗量占基层医疗机构总诊疗量比重由45.9%降至35.3%;与此同时乡村医生职业倦怠、职业满意度降低、人力资源继替断层等问题进一步凸显。在

[收稿日期] 2021-01-22

[基金项目] 中国农业大学“健康扶贫项目评估”(201907211210537)。

[作者简介] 张雨薇,中国农业大学人文与发展学院博士生;
武 晋,中国农业大学人文与发展学院教授。

重新嵌入国家的进程中,乡村医生职业发展遭遇了何种困境?这一困境的产生原因如何?如何实现村医职业的有效嵌入?本研究尝试回答如上问题。

针对乡村医生的既有研究或是在宏观上追溯村医职业的历史演进,探索旧农合时期赤脚医生的职业建构、政治博弈与话语建设^{[3]9};或是在中观上关注基层医患关系,探索医患之间由人际信任向制度信任的演化与变迁^[4];或是在微观上归纳其人力资源发展情况,剖析后现代时期其执业困境^[5]。对于村医职业当前困境及原因的研究则多从两个视角展开:一是从社会角色视角出发,强调城乡居民医疗保险制度(新农合)实施后从乡村医生到专职医生的角色变迁,将其中产生的乡村医生角色权利的狭窄化、角色义务的扩大化、角色规范的制度化等问题归结为国家医疗卫生制度规制^[6];还有学者指出大众传媒的发展使得村民健康信息获取能力增强进而对乡村医生角色变迁产生重要影响^[7]。二是从激励视角出发,研究其激励机制并将问题的产生归于激励不足。有学者将激励机制划分为制度激励、管理激励与个体激励,认为集体经济时期的激励机制以熟人社会下的社会认同为主,市场经济时期激励缺失,新医改背景下乡村医生激励制度则开始向系统化多元化转变^[8];还有学者通过数据分析指出个人激励、组织激励和环境激励因素,以及经济类与非经济类激励因素共同影响着基层医生的行为选择^[9]。正是由于激励机制的多方不足才产生了乡村医生从业意愿低、工作满意度低、政策执行绩效差等问题,基于乡村医生的生存、尊重、自我实现的需求以及安全和社交因素与乡村医生的激励过程直接相关,应加强相应激励机制建设以调动乡村医生工作积极性^[10]。

概言之,已有研究全面且深入地展示了乡村医生职业发展变迁轨迹与现实困境。然而一方面,研究者多倾向于对乡村医生职业发展做线性追溯以及对当前问题与困境进行描述性分析,失于理论深度;另一方面,对于问题的产生原因或是归于经济发展社会进步之下的必然趋势或是视为多方激励不足的直接后果,失于从行动者视角对深层次权力的结构性、系统性与互动性的探究。如诺曼·龙(Norman Long)所说,理解不同的社会行为不能仅将之简单归因于外界压力,应当依靠对于行动主体的认知,在此基础上理解不同行动者与环境如何互锁(interlock)^[11]。本文结合内卷化理论,基于2018—2020年对江西、贵州的田野调研,探索新医改之后农村基层医疗卫生体系建构与服务建设进程中乡村医生职业面临的发展困境。研究方法包括半结构式访谈与参与式观察,访谈对象包括卫计局、合医局等单位行政管理人员,乡镇卫生院、私立医院、村卫生室工作人员,村民及患者等。这种“片面但深入”的研究方法更加易于发现实证主义导向之外的生活碎片与微观机制。需要指出的是,由于乡村医生的异质性与复杂性,分析呈现的仅仅是对于某些碎片与画面的“快照式”捕捉,并希望以此窥视乡村医生职业发展得以突破之可能,为促进基层医疗保障与服务递送良性运转、进一步深化医疗卫生体制改革提供建议。

一、分析框架:内卷化理论

肇始于美国人类学家亚历山大·戈登威泽(Alexander Goldenweise)关于文化模式发展与变迁的哲学研究,内卷化理论在20世纪之后被广泛应用在经济活动、制度建设、社会生活等研究领域。在大量经典研究基础之上,内卷化理论逐步形成了农业内卷化、政权内卷化与文化内卷化三个主要研究面向^[12]。农业内卷化起源于美国人类学家克利福德·吉尔茨(Clifford Geertz)对印度尼西亚水稻种植的研究,吉尔茨借用戈登威泽的内卷化概念指出,在水稻种植过程中农民因缺乏外部可替代性机会只能不断投入水稻种植行业,基本模式的刚性延续、对技术细节的不断追求,以及土地关系与劳动关系的复杂化维持着稳定的边际劳动生产率,劳动投入的边际效用递减^{[13]18-19}。黄宗智借此

分析明清时期的中国农业社会并进一步将之称为“没有发展的增长”^{[14]69}。杜赞奇是国家政权内卷化研究的集大成者,他将国家政权的内卷化概括为国家选择扩张或复制旧有的体系而非依靠提高现有或新增组织机构的效率与效益来增强其行政职能,在徒有扩张没有收益的同时,权力的扩张与瓦解同时出现,中央财政集权与地方无政府状态并存,这一进程中存在着“矛盾的二重性”,即同一政治体系中权力的扩张与萎缩并存^{[15]38-78}。文化内卷化的内涵与前二者“过密型增长”的重心略有不同,这一概念更加具有历史递归属性,从某种意义上讲更加强调社会变迁过程中的革新性与适应性:戈登威泽通过文化内卷化展示了文化进化路径的延续性、历史性与复杂性,他指出文化内卷化是一种文化模式发展到一定阶段后出现的停滞现象,其发展表现为内部结构自缠、自我维系与自我复制下的复杂性与固定化^[16]。埃尔曼·塞维斯(Elman Service)进一步认为,作为一种文化变迁的模式,正是由于一种发展形式在内卷化进程中不断“修补”与调试自身以适应环境变迁,并通过结构生产不断嵌入当下情境,这种调试能力越强,其达到下一个发展阶段的难度越大,因此下一个阶段的文化主流很有可能并非前一阶段占据主导地位的文化先锋,即所谓“历史后发主义优势”^{[17]37-74}。

基于以上三个层面的研究面向可知,内卷化理论描述的是研究对象发展到一定阶段后自我锁定与异化的停滞现象,即没有发展与实质性变革与突破的增长,其生成原因在于外部条件的限定与自我锁定的生成。随着时代发展,这一理论被逐渐用来分析回应不同领域发展面临的问题与现象,如社会组织^[18-19]、乡村治理^[20-21]、农村教育^[22-23]等。对农村场域有限的医疗与卫生资源进行再分配与调控的过程,既是国家对村医职业进行制度、结构与认知上的重新干预过程,也是国家重新吸纳村医使村医回嵌国家的过程。在这一进程中当村医群体日渐凋敝,为农村居民提供的卫生服务、医疗资源绝对或相对减少时,职业嵌入的内卷化困境便由此产生。

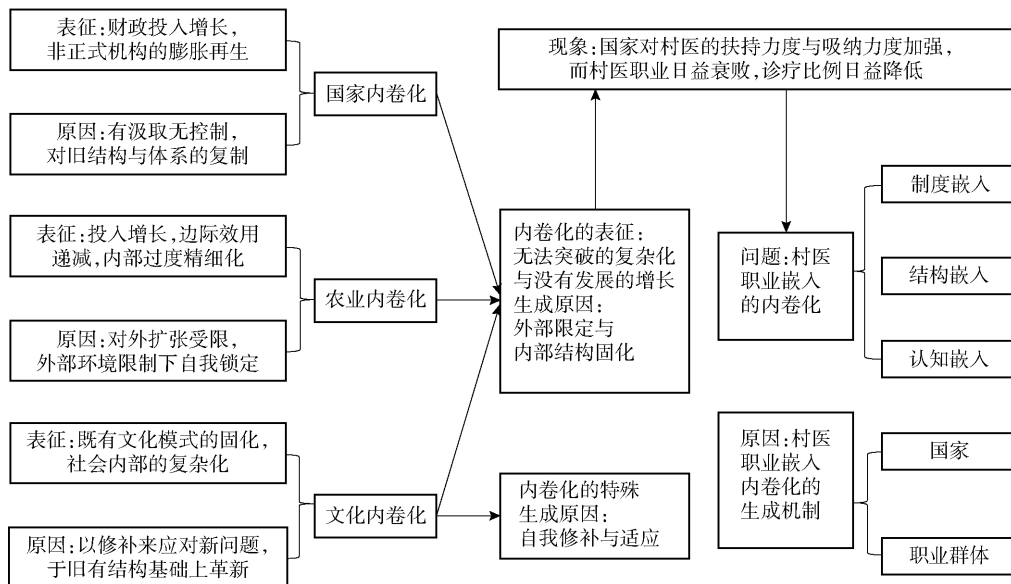


图1 内卷化理论在村医职业相关领域的应用

将内卷化理论引入村医职业相关研究领域,为职业何以嵌入国家及其嵌入后果提供了新的解释范式,有益于研究思路的扩展深化,具有理论与实践双重意义。一方面,乡村医生是发轫于社会主义中国的特殊群体,其嵌入国家的过程是国家通过各项方针政策对该群体进行规训与塑造的过程,内卷化理论的引入在丰富职业嵌入国家理论内涵的同时有助于动态化、多元化、多层次地解读村医相关制度与政策执行进程。另一方面,文化内卷化的适应性与“修补”意涵为职业嵌入的内卷

化生成机制提供了新的解释维度,这也正契合了诺曼·龙的行动者研究视角与安东尼·吉登斯(Anthony Giddens)的结构二重性,事实上职业群体的适应与主动修复亦是内卷化发生的重要影响因素之一,这种微观且动态的视角为内卷化的发生机制提供了新的理解维度。

二、乡村医生职业嵌入的内卷化困境

人民公社制度解体后,国家在基层医疗卫生供给侧的缺位使得乡村医生职业呈现自由、松散与无序的发展状态;进入21世纪之后,国家开始重塑基层医疗卫生市场运行秩序,逐步强化村卫生室标准化建设,规整村医队伍,强化村医管理制度建设。然而,在从制度、结构与认知三个层面回嵌国家的同时,村医职业发展遭遇了内卷化困境。

(一) 制度嵌入:规制的繁复化与考核的形式化

新医改以来,国家通过医药、医疗、医保层面的联动改革不断将权力下沉至基层医疗卫生体系中,作为基层医疗卫生体系中的神经末梢,村医在职业内容与职业边界层面同样受到制度与政策的多方规制,在这一制度嵌入过程中,技术理性的溢出与繁复的绩效管理制度使得村医或是分身乏术或是消极应对,去专业化危机由此滋生。

1. 职业内容之繁

村医职业的内容边界自新医改之后不断扩大。受访村医表示,2009年之前除协助新农合筹资之外,他们不再承担其他卫生与行政任务。2009年,国家开始着力推行覆盖城乡居民的基本公共卫生服务项目之后,这一情况发生了改变。该项目在原卫生部基层司管理下按人头分解购买基层医疗卫生机构服务,2009—2019年其经费补助由人均15元提升到69元,项目内容也由九项增至十四项,在农村地区百分之四十的工作内容由村医承担。随后《乡村医生从业管理条例》(国务院令 第386号)、《卫生部办公厅关于推进乡村卫生服务一体化管理的意见》(中发〔2009〕6号)等政策规定乡村医生的具体工作还包括家庭医生签约、分级诊疗上下转诊与随访、医疗卫生项目相关统计数据填报、相关资料保管、协助新农合筹资等。受访村医对这些工作内容普遍表现出复杂心态。一方面,他们认可国家基本公共卫生服务、家庭医生签约服务的优越性,肯定其施行有利于提升人民群众健康素养,促进重点人群疾病防治,减轻医保基金支付压力。另一方面,大量公卫任务的下沉使得村医作为政策执行的最后环节需要在行政工作上花费大量时间,其临床诊疗时间受到挤压。调研发现,贵州省雷山县平均每位受访村医仅六项公共卫生服务项目便需要耗费日均7.9个小时^①,而在这7.9个小时之外村医还需为村民看病出诊,承担基本医疗服务供给工作。此外,档案工作的重复性也令村医颇有怨言。以特殊人群中孕产妇建档工作为例,针对每位孕产妇,村医需要填写健康档案、乡镇卫生院下发的保健手册、留在孕产妇家中的备份档案、村卫生室备份档案以及0至6岁儿童健康体检册、信息册、中医保健册各两份。有村医表示“纸质的这么多真的也没用,最后卫生院都要输到电脑上的,但你没有又不行。一天八小时我又要看病又要做表,现在健康扶贫又叫我们跟着随访。上个月病人都说找不着我,我还得晚上自己加班做表,做到十点也不稀奇”(G-D-L1访谈)。公共卫生十四项是一种技术理性主导下的项目制,各项指标的精细化复杂化设计贯穿项目执行的各个层面^[24]¹¹⁹,因此在繁重的工作量之外,更加精细化专业化的填报指标使得村医应对乏力,如健康体检表的内容囊括了中医药辩证、内、外、妇、儿、辅助检查等多个层面,其工作强度与难度超出村医现有水平,虚假填报的情况由此产生^[25]。

① 根据“健康扶贫项目评估”项目调研数据自行整理。

2. 绩效考核之难

乡村医生的考核主要包括业务考核与职业道德评定两个方面,评定主体由县卫健委、乡镇卫生院等组成,近年来基本公共卫生项目的实施使得后者承担着更多的考核责任。基本公共卫生服务项目的贯彻落实使得公共卫生十四项成为村医职业的重点内容,而作为项目制的伴生品,绩效合法性的思维模式同样贯穿于考核之中。相关规定要求,公卫项目的资金拨付与分配由乡镇卫生院主导进行,应充分体现“多劳多得、优劳优酬”原则,尤其强调应当具体问题具体分析,按照当地具体情况明确村医工作内容,依据其服务质量与数量确定政府购买服务的拨付标准并进行资金拨付,不能简单按照人口数目直接拨付经费^[26]。在实际情况中,一方面,由于村医工作内容繁复,考核所需成本投入有限,各地区对于村医工作内容考核方案模糊,难以切实对服务效果、服务满意度等进行测评,考核多流于主观化与形式化。另一方面,各个地区奖惩机制各异,一些乡镇有惩无奖,一些乡镇惩罚力度大、比例高,奖励力度小比例低,同时补助发放的额度问题、延迟性问题与绩效考核的不透明问题广泛存在。如江西省石城县2018年实际下发的公卫补助普遍低于应当拨付的资金额,对于考核结果大多数受访村医表示并不清楚考核方法、考核得分或考核排名,也不清楚自己具体因何项指标未达标被扣款:

“你问我拿了多少钱不如去问卫生院,2018年最后一个季度上个月刚发,四个季度加起来一共才2万出头。我服务的常住人口1752人,一人55元。国家说了我们按百分之四十算,按照这个算法你问问哪个村医拿的够了,剩下的钱去哪了,怎么个考核法,这些卫生院知道,谁来给我们讲啊。”(J-D-Z1 访谈)

(二) 结构嵌入:系统的异化与锁定的内生

作为地理距离最靠近农村居民的医疗机构,村卫生室与乡镇卫生院在门诊业务上是此消彼长的竞争关系。20世纪90年代以来,国家通过乡村一体化管理等政策整合基层医疗卫生体系,通过《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》等强调医保、医疗、医药的联动,通过医保支付方式改革规范药品价格与医疗行为。这些调整策略使乡村医生在回嵌基层医疗卫生系统和医疗服务价格体系的同时陷入边缘化风险,遭遇收入结构变动下的经营危机。

1. 管辖权之弱化

安德鲁·阿伯特(Andrew Abbott)指出,处于同一领域内的不同职业构成了一个职业系统,围绕着特定的内容边界,处于该系统中的不同职业拥有不同的“管辖权”,随着发展变化,系统内职业间的种种冲突与调试是不可避免的^[27]。乡村一体化管理政策主张由乡镇卫生院来统一与规范基层医疗卫生服务市场,2010年卫生部办公厅《关于推进乡村卫生服务一体化管理的意见》(卫办农卫发〔2010〕48号)将乡村医生的管理权赋予乡镇卫生院,这种业务上的从属关系在国家基本公共卫生服务项目与国家基本药物制度建设推行之后得到进一步强化。正是通过将村医在业务上的管理权赋予乡镇卫生院,在行政上的管理权赋予县卫生健康委员会等卫生行政部门,村医职业的管辖权逐渐被削弱。2009年后,国家逐步将村卫生室纳入新农合门诊统筹覆盖范围,村医需按月至乡镇卫生院报账。2011年之后,随着基本药物制度的进一步落实,村医基药采购工作需通过乡镇卫生院平台进行,同时伴随着专业化、权威化、精细化的国家基本公共卫生服务项目的倾斜与下沉,乡镇卫生院掌握了乡村医生公卫补助发放的自由裁量权。目前公共卫生服务十四项工作任务与补助由乡镇卫生院与村医六四分成,乡镇卫生院同时负责对村卫生室公共卫生服务项目工作任务的分解、管理、考核与评定,这将乡镇卫生院置于管办合一的位置,而村医在基层医疗卫生系统中则处于弱势地位。

与此同时,医保支付制度等使得二者之间的不平等地位加剧。首先,尽管国家通过报销比例设

定力促分级诊疗,规定村卫生室的报销比例最高,但实行医保报销之后,不同层级医疗机构就诊金额相对差值的缩小反而促使患者更容易向上一层级流动。其次,在实际运行中,村卫生室可操作空间更小。以江西省为例,江西城乡居民医保个人账户门诊统筹基金为每年90元,这就意味着村民每年在村医处看诊最多能报销90元,之后全部为自费。而去乡镇卫生院看病则不同。2017年门诊统筹之后,乡镇卫生院与村卫生室同样只拥有90元的门诊报销额度,但如一位卫生院院长所说,“我们可以技术操作一下”(J-D-W1访谈),通过小病大治、挂床住院、移花接木等手段,在90元门诊统筹使用完后以其他名义继续报销村民门诊费用。最后,对于特殊人群而言,乡镇卫生院是更为经济的选择,如精准扶贫户先看病后结算,在乡镇卫生院就医费用报销比例达90%;有慢性病证明的普通户在乡镇卫生院就诊享受同等待遇。这些政策将村卫生室排斥在外,进一步固化了村医在职业系统中的不利地位。

2. 收入结构之变动

新农改之前,15%的西药加成、25%以上的中药加成、5%的检查费和注射费等是乡村医生的主要收入来源。2011年之后,村卫生室被逐步纳入新农合门诊统筹,依照国家基本药物目录配备、使用药品并执行基本药物零差价的销售政策。2013年《关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见》(国办发〔2013〕14号)明确限制了村医的诊疗收入,将此前村卫生室收取的各项费用(挂号费、诊查费、注射费、输液费等)合并为不超过10元并纳入医保报销,调研的两个省份均规定为每人每次9元。由此村医收入改由相对固定的诊疗收入、国家基本公共卫生服务项目补助、国家基本药物制度补助与村医补助构成^[28]。一方面,村医需要先行垫付医保额度等待按季度报销;而800~2000元的年度基药补助也需要村医完成相应的基药采购任务量,如未能达到采购指标,这部分基药补助便不予发放,贵州省雷山县89位村医中仅有3名能够全额获取基药补助。另一方面,由于村医职业群体内部的复杂性,这种结构性变动在提高偏远山区村医收入的同时使得距离县城较近的乡镇村医经济收入明显下降,基药与零差价制度实施之后,雷山县10名近郊村村医的年均收入由16000元左右降低到9000元。有村医说:

“要说什么时候最赚钱,那就是2000年开始那几年,那时候我自己租的临街房,有三间房五六张床,比这里大好多,而且天天爆满。好长时间来输液的人都收不下……药都是自己拿的,都是公司下面有点,熟的话你拿得多肯定便宜,买药买够几千还送你去学习。那时候挂号费、药费可以加15%,中药加得更多,有的40%,扎针、打针、输液都有收治疗费,还有一次性用品的钱。那时候赚得多,哪像现在输液输三天只能收一次9块钱的诊疗费。基药要零差价又不挣钱,一天一人赚三块。现在是天天还有别的事忙得很,连这三块都赚不着了。”(G-D-I2访谈)

2016年之后,《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》(发改价格〔2016〕1431号)等政策进一步提高了手术、护理等医疗服务价格,但这针对的主要是较高层级的医院,乡镇卫生院尚且受益有限,更遑论既没有手术设备又缺乏技术与资质的村卫生室。这种结构变动造成了一些不良后果。目前北京、天津等地区已经实现基层医院与二三级医院共享采购平台以实现用药一致,并适当降低基药配备金额与比例要求,但在调研地等其他地区改革依旧滞后。因此部分村医仍旧延续其以往“以药养医”的刚性路径,采取两套药品(准备基药和普药,日常仍售卖普药但检查时收起来)、两个执业地点(位于乡镇的私人诊所与位于村庄的村卫生室)以及以各种理由拒绝进行医疗活动仅从事公卫项目并寻求兼业等策略应对这种结构性变动。

(三) 认知嵌入:职业身份的错置与弱化

红色赤医时代,农村中的医生群体被打造为红专结合的队伍,赤医在保持农民身份不变的同时

实现了“集体之雇员”身份建构,其职业性质富有集体福利色彩;改革开放后,村医开始自负盈亏自主经营,很少或不再承担卫生行政任务。2009年之后,国家开始将权力重新下沉到基层医疗卫生领域,村医的临床自主性受到影响,其职业身份再次面临变动。

1. 职业身份之半科层化

在职业身份与职业地位上,政府文件层面对于村医队伍建设重要性的强调一以贯之,然而对如何改善村医身份定位却始终缺乏明确指示。与此同时,自2016年来,以家庭医生签约服务、健康扶贫为代表的行政任务与科层权力的不断下沉使得村医职业身份“半科层化”之困加剧。在各项政策与官方宣传话语中,村医往往被称作“公共服务供给者”与“三级诊疗体系之网底”,誉为“农民健康的守护人”与“基层医疗卫生的最后一道防线”。国家也开始通过公卫项目购买其服务,《中央预算内专项资金(国债)项目村卫生室建设指导意见》(卫办规财发〔2007〕138号)、《村卫生室管理办法(试行)》(国卫基层发〔2014〕33号)等提倡有条件的地方应在不改变村医农民身份的前提下由乡镇卫生院对其实行聘任。然而聘任制的实施意味着地方政府大量的资金倾斜,而地区经济发展的差异性使得这一号召在欠发达地区成为空谈,即便是部分得以聘任的村医其所获收入与社会保障亦较为有限。如贵州省W县教师年工资收入为5.17万元^[29],实行聘任制的村医年收入共计3.36万元(月基本工资为2000元,“三险”政府补助部分为778.39元),难以与乡村教师、兽医相比。此外,无论待遇几何,全国范围内针对村医工作场所、工作时间与工作内容的过密化管理与规范化考核均使得该职业蒙上了科层制色彩。新医改之前的江西省,村医或是个人在家中执业,或是半公半私,2013年之前产权公有的村卫生室不足10%,关于坐诊时间亦无固定规章制度。新医改之后,标准化村卫生室建设对村卫生室的具体职能、房屋建设、设备配置、资格准入、监督管理等逐步作出明确规定。目前江西省尚未实行村医聘任制,村医不享受养老保险、医疗事改险以及乡镇卫生院编制与晋升机制,然而所有村医无论公办还是民办均需卫生室中安装摄像头,村医实行固定上班时间、上班打卡、出诊挂牌、提前请假的管理办法。伴随着这种规范化管理制度与考核的专业化、权威化、精细化建构,村医日益为科层制所规制。

2. 临床自主性之弱化

莉莉·霍夫曼(Lily Hoffman)在对捷克医生的研究中提出临床自主性的概念,意指职业对其工作决策的自由支配权^[30],其中对药物使用的专业研判与选择同样属于职业自由支配权的内容之一。2009年多部门联合出台《关于建立国家基本药物制度的实施意见》(卫药政发〔2009〕78号),遴选、制定并公布国家基本药物目录,要求政府主办的基层医疗卫生机构全部配备使用基药并执行零差价销售政策,在村卫生室被吸纳为医保定点医疗机构之后,基本药物制度覆盖到所有执行定点医疗的村卫生室,同时各地区开始逐渐推行限抗令、限输令,村卫生室不再具备静脉输液资格。这一制度的实施意味着村医临床自主性的进一步弱化。访谈中有村医直言“不让输液又要天天填表又要全部基药我们还叫医生吗”(G-D-Y1访谈)。如果严格按照国家基本药物制度进行采购,基层很大程度上将会无药可用、无病能医,似乎已经成为业内共识。其原因,一方面在于部分基药与普药相比价格稍高;另一方面,随着农村居民经济收入与生活水平的提高,价格不再是影响其药物选择的关键因素,效果如何成为影响其用药选择的关键。相较于要求完全基药的村卫生室,乡镇卫生院、县医院以及其他私营医疗卫生机构拥有更低的基药配备比例甚至开放的药品自由采购权,能够更好地满足患者的需求。村民的说法则印证了这一观点。超过半数的受访村民表示村卫生室的药品越来越不能满足自身需求,大药房与私人诊所成为他们买药的最优选。“我自己用的牌子没有,那零差价的是有便宜的,有的还更贵,但是便宜的不好用啊,没效”“经常会去大药房买,也可以刷卡啊,药还多得很”(J-F-Z2访谈)、“现在没有药,也不能输液,不能在村里输液,我一个感冒还要去

到镇上,车费谁给啊”(G-F-S访谈)。因此即便基本药物制度要求基药“适应基本医疗卫生需求,剂型适宜,价格合理”,但在实际操作层面基药制度并未能显著减轻部分地区农村居民医药负担。张奎力等学者在河南的调研、王昕天对中部五省的数据分析以及吴晶对东中西部三省的研究均指出,农村居民对基药制度减轻药品负担的感知并不明显,基药制度非但不能缓解基层患者用药负担反而会消灭一部分低价药^[31],因此其引导医疗下沉、合理分流患者的设计初衷在实践中未能体现。

三、乡村医生内卷式嵌入的生成机制

一些研究认为,由于面临指标达标检查督查等追责压力,行动者往往会在政策执行过程中采取目标替代策略,而内卷化正是发生于这种外部变量的挤压与内生因素的屈从与接受中^[32]。事实上单向度的挤压与屈从并非内卷化生成的唯一因素,职业嵌入内卷化的发生进程同样是职业群体适应性生成的进程,行动者所作出的权益性应对策略是其适应模糊与复杂情景的主动选择。因此乡村医生职业嵌入的内卷化困境,其生成机制来自于国家的外部干预与作为行动者的内生变量之间的共谋与耦合。

(一) 外部干预:强国家与科层化主导

村医职业的回嵌是我国医疗卫生政策范式转移的必然后果。正如马克·费尔德(Mark Field)在苏联医生职业相关研究中的发现,社会主义制度之下的医生是一种“混血职业”,这一职业在执业许可、工作场所、职业教育、服务群体、薪酬机制等层面均需仰赖于国家^[33]。1949年新中国成立之初,赤医职业完全为国家所规制。计划经济解体之后,人民群众缺医少药的问题得到初步缓解,财政负担重、医疗卫生发展效率低下成为新的政策问题,因此国家在基层医疗卫生供给侧撤退,村医成为松散的职业群体,其执业行为呈现自由无序样态。随后城乡差距不断扩大,医疗机构逐利性逐渐凸显,看病难、看病贵成为基层医疗卫生市场无法忽视的问题。随着新医改进程的推进,我国医疗卫生体系存在的机制性问题逐渐暴露,人民群众日益增长的医疗卫生需求与基层医疗卫生事业发展不充分之间的矛盾暴露殆尽。基于政策问题的上述变化,21世纪以来我国医疗卫生政策目标与工具逐步发生改变,政策范式逐渐向民生化、系统化以及全民健康导向转型^[34]。为规制诱导式医疗,强化基层医疗卫生公益化民生化的基本属性,促进基层医疗卫生市场有序进行,国家开始向村医购买公共卫生服务并强化对基层医药价格的调控与干预,村医回嵌国家是回应时代发展与基层实际的必然要求。

然而,自1993年分税制改革以来,国家在向上集中财权的同时将公共卫生建设事权向下转移,层层分税之下县、乡政府财政收入愈少而其承担的公共卫生事业发展责任愈重。地区经济发展的失衡使得中、西部地区许多县乡政府对上级补助与预算经费严重依赖。基于有限的地方财政,将村医全盘纳入体制内是不切实际的,因此中央开始通过政府购买村医公共卫生服务的方式对村医进行保持农民身份不变条件下的“半正式吸纳”,这种吸纳与干预呈现出科层化与强制化的明显特征。弗里德森·艾里亚特(Freidson Eliot)指出,一项职业想要获得稳固的地位就应当具备一种排他性权力,这种权力能够决定该职业的工作内容与有效方法^[35]³⁶。对农村常见病与多发病进行诊疗应当是村医职业内容的重要构成,然而国家干预无疑正在通过强制性政策工具的使用,将改革开放以来乡村医生业已获得的权力剥离开来。如渠敬东所讲,项目制带来的是对科层制特征的强化^[24]¹²⁷。村医职业内容的繁复化与绩效考核的主观化与形式化并未明显提升系统内外成员的收益以及系统边际效益,“有汲取无控制”的嵌入路径挤压了村医的执业时间与执业空间,使得村医的职业嵌入呈现出去专业化与去自主性的非预期性后果,医疗与卫生在农村场域呈现断裂样态。

同时,以乡村一体化管理、公卫项目、基药制度为代表的强制性工具的泛化使用,加剧了乡镇卫生院与乡村医生之间此消彼长的对立与冲突。事实上国家“总量控制、结构调整”的双轨式改革背后是一种促进减量维护存量的发展逻辑^{[36]101}。然而在规范与规制基层诊疗与用药行为的同时,受限于村医自身专业水平、刚性执业样态、职业发展与生存需求政策执行差距开始产生。为弥合这种差距实现预期后果,国家不断引入更多的配套政策。然而发展程度较高的社会并不一定拥有与较低级发展层次更加错综复杂的社会结构^{[37]77},伴随着以政治理性为归依刚性过强的政策不断自我锁定自我强化过程,这种过密化的结构嵌入以及制度与系统路径依赖的延续性使得村医有效且可持续的回嵌趋势难以达成,也并未缓解基层看病难看病贵、分级诊疗倒金字塔型等实际困境。

(二) 内部适应: 弱法团与双向的支配

社会认知职业理论强调自我效能、自我期望、自我目标等社会认知变量间的动态关系,主张用个体与环境的互动来解释职业选择与职业行为^[38],个体正是结合国家法律制度、道德约束与他人期望实现自身职业身份的自我建构,在此基础上总结出一种自我认可的职业行为模式^[39]。在国家主义传统之下,工具理性对于职业群体的超越以及个体在程序技术与象征符号层面的社会意义抽象化使得村医职业法团难以生成^[40]。目前规模较大的、成立于2015年的中国医师协会乡村医生分会也仅仅作为学术交流平台发挥作用,在公共决策过程中,参与机制与中间地带的缺乏使得村医作为分散的职业群体始终悬浮于结构之上,难以作为专业社群为决策者提供研究报告、备选方案及咨询建议;在对基层医疗卫生市场与村医职业身份的政策干预进程中,公益与营利的内生性冲突难以调和之际,村卫生室与乡镇卫生院间既有市场生态被打破之时,村医群体处于集体失语状态。这些松散的个体将这种“异己”的外在现实视作对自身职业身份的错置与权益的合法剥夺,付出与回报的失衡会滋生从业者的职业倦怠感,降低其工作认同度^[41],因此其职业回嵌呈现出低效与内卷样态,如在公卫项目执行过程中建立农村居民健康档案等工作往往流于形式,数据虚报造假等现象屡见不鲜,直接影响基层公共卫生与医疗服务的效果与质量。

如同电路中的绝缘器,“结构洞”(structural holes)指的是位于关系人间社会关系稠密地带的非重复性关系,这种非重复关系对其他关系人而言具有排他性,因此一旦能够占据这种位置就更加容易获取信息和资源^{[42]49}。兼具政策执行者与政策目标群体的身份角色,村医这一职业正是处在基层医疗卫生网络之中的结构洞位置,由此受到卫生行政部门与医药市场的双重支配。一方面,对基层卫生行政部门而言,消除医疗空白村往往被当作健康扶贫的重要指标和政治任务,在人才储备周转失灵情况下这一任务的完成须稳定好已有村医群体。同时公卫项目的具体执行在很大程度上需要更多地仰赖于置身于乡村社会这一庞大的社会网络系统中,了解村民的基本信息与基本健康状况的乡村医生,正是凭借这种信息优势与稀缺性获取了与卫生行政部门讨价还价的权力空间。另一方面,长久以来药品自由采购与“以药养医”模式的刚性延续,使得村医作为中介与代理人掌控了一定的支配权。与此同时,逐年增长的公卫项目经费以及国家对村医职业的日益重视使得村医群体仍旧对入编、养老与保险等待遇抱有极大期待。因此当严格执行医保、公卫、基药等一系列政策带来了职业收入降低的后果之时,村医开始遵循以往“以药养医”的刚性生计路径,采取两套药品、两个执业地点,以及以多种理由拒绝进行医疗活动,仅从事公卫项目并寻求兼业(甚至是按月份兼业)等权益性策略。这种所谓“弱者”的反抗实际上使得风险被转嫁到作为患者的村民之上,乡村地区基本医疗卫生服务的可及性受到严重威胁,倒金字塔型分级诊疗结构、基层地区看病难问题依旧存在。

四、总结与再思考:从内卷式嵌入到自主性嵌入

“在那些看似平淡无奇的日常生活世界中,权力斗争是无所不在的”,行为主体会在各种机制与特定环境之下寻求各方面微妙的平衡^{[43]79};同时社会系统与个体行动并非彼此对立而是互为前提互为因果的,其结构性特征不断卷入行动者的生产与再生产活动之中^{[44]69}。乡村医生回嵌国家的过程是充斥着各方利益相关者互动与博弈的渐进过程。在带来诸多良性成效的同时,在制度嵌入层面,村医职业受限于规制的繁复性与国家基本公共卫生服务项目考核的形式化,呈现出职业内容去专业化的执业样态;在结构嵌入层面,国家的外部干预调整了村医与乡镇卫生院之间的业务关系、权力结构与医疗格局,结合基药及相关补偿制度的密集推行,在固有经营模式与发展水平限制下,村医在基层医疗卫生领域的管辖权不断被弱化,以关于职业经济条款协商权为表征的法团自主性逐渐消弭;在认知层面,国家卫生任务与行政任务不断下移,伴随着对村医用药权的进一步规制,村医职业呈现去自主性与半科层化态势,进一步作用于基层医疗卫生场域则产生了卫生消解医疗、医疗上移等风险。这种内卷化困境的生成一方面缘于强国家下科层权力对村医职业法团自主性的全面掌控,另一方面,作为结构洞中的关键群体,乡村医生在国家与市场之间占据了一定的优势地位,因此在发展之惑、生存之忧压力之下能够采取权益性策略来应对。事实上职业在嵌入国家进程中的自主调适、悬浮与耦合亦体现出其内卷化生成过程中的“修补”特性,这种耦合与修补贯穿于理想型、正式型的顶层设计与多变型、不确定型现实情境的冲突与交互过程中,正是由于行动者修补行为的扩散,某种新的内容方才拥有“注入社会行动与理性联合体”的可能与意义^{[36]106}。

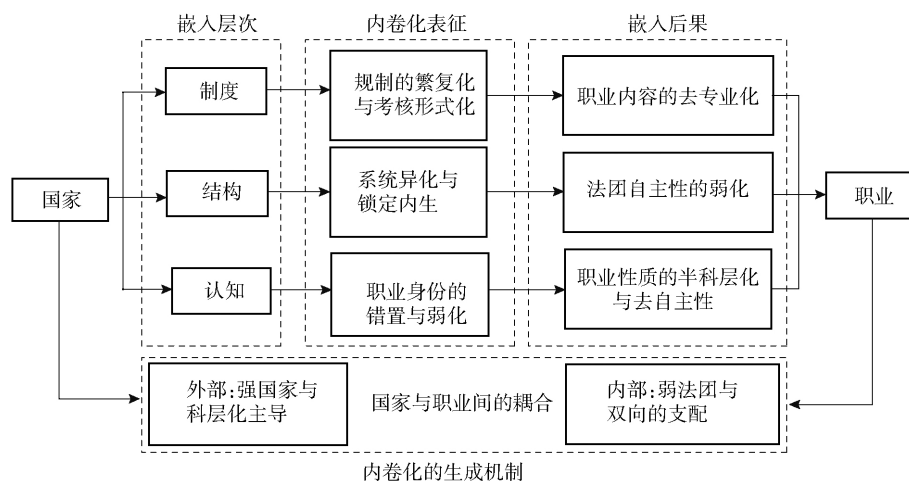


图2 村医职业嵌入的内卷化

马克斯·韦伯(Max Weber)在论述秩序的正当性时指出,建基于纯粹工具理性与合法性动机之上而被遵守的秩序远远不如那些基于传统惯习延续下来的秩序稳定^{[45]112-123}。在传统型秩序现代化、法理化与制度化转型过程中,如何在保障基层医疗卫生服务有效供给的同时实现乡村医生的有效嵌入,需要尤其重视村医职业群体的积极发声。琳达·韦斯(Linda Weiss)等学者通过“被治理的互赖”(governed interdependence)强调现代国家应当利用其建制性权力(infrastructural power)在国家与社会组织之间建立一种制度化、深层化与战略性的合作关系;彼得·埃文斯(Peter Evans)亦将自主性引入嵌入型研究范畴,提出“嵌入型自主”(embedded autonomy)这一理想型,指出只有将官僚深嵌入社会关系,在二者相互协调的过程中方可实现国家良性发展^[46-47]。想要实现乡村医生职

业嵌入的自主性与发展型转变,国家应当在制度、结构与认知层面吸纳社会与社群,合理调控基层医疗卫生市场秩序,优化乡村医生的回嵌路径。

其一,在制度建构层面,应当优化政策工具配置,因地制宜地构建村医工作制度与绩效评估机制。在经济政治社会资源高度分化的时代,整合或各自为政或互相冲突的复杂的利益相关者,使其拥有共同目标是政策制定首先要应对的问题^{[48]192}。对于异质性较强的村医群体,国家应变强制型执行工具为混合型执行工具,赋权于各个层级的政策执行者,尤其应引导并选举村医代表就村医相关问题参与当地卫生行政部门、乡镇卫生院以及医保部门等主体政策制定过程;同时吸纳村医群体建立相关决策反馈、评价与调整机制,防止“一刀切”,依据地区发展水平实行差异化考核,加快乡村医生绩效考核主体多元化、内容公开化、结果透明化建设,促进作为服务对象的农村居民社会参与度的提升,定期公示考核结果并结合相应奖惩机制,及时对政策目标偏离现象进行调整。

其二,在结构调整层面,应当重新审视乡村医生与乡镇卫生院有效衔接问题,同时切实提高村医职业收入。政策问题产生于客观现实,但同时也受到政策权威、政策议程优先次序、社会认知等因素影响,其中政策权威理念之变更是促进政策范式转变的直接因素^[49]。但目前的政策虽然也提出乡村医生队伍建设,但其焦点更偏向医院,着力推行的是医院筹资制度、用药制度、职业制度等相关方面改革,对于乡村医生则多集中在系统化建设层面。因此应当将乡村医生作为基层医生的职业群体予以政策关注,强调人力资源层面的可持续发展,切实落实并提高村医各项工作补助,强化医保资金使用监督力度,弥合基层村医与医院间对立割裂。

其三,在认知优化层面,应当及时调整政策目标定位,同时分梯度地分层次地逐步厘清村医职业身份。作为我国公共卫生政策的最终目标,“全民健康”之下尚有“公益回归”“分级诊疗”“医药分开”等子目标不可忽视;在基层地区,国家医疗卫生政策目标应当不仅仅被局限在药物零差价政策本身,更应该将保障基层地区医生队伍稳定,减轻农村居民个人医药费用负担当作重要目标之一。因此鉴于药改工作的长期性与复杂性,国家应当为市场作用发挥提供空间,在实现基层村医养老保险与医疗事故全覆盖的同时,允许基层“医药分开”与用药自主两种经营模式并存:针对近郊村或人口大村鼓励市场竞争,吸引优秀人才回流,放宽基药比例并延续政府购买公共卫生服务模式;在贫困村与偏远村实行聘任制,通过绩效工资制与零差价实现村卫生室公益化建设。

作为公认的世界性难题,医疗卫生事业发展与改革在城乡二元体制下的中国农村是一个尤其艰难、错综复杂且必然长久持续的过程。作为医疗卫生事业供给侧的关键主体,国家应当具体问题具体分析,依据地方实际调整政策问题、政策目标与政策工具的具体使用,切实改善市场、职业社群与基层群众的缺席样态,以期实现村医职业的自主型与发展型嵌入,促进农村基层医疗卫生事业发展。

[参考文献]

- [1] 黄子方. 中国卫生刍议·弁言. 北京: 中央防疫处疫务科印行, 1927
- [2] 黄金麟. 历史、身体、国家: 近代中国的身体形成(1895—1937). 北京: 新星出版社, 2006
- [3] 杨念群. 再造“病人”: 中西医冲突下的空间政治(1832—1985). 北京: 中国人民大学出版社, 2006
- [4] 房莉杰, 梁小云, 金承刚. 乡村社会转型时期的医患信任——以我国中部地区两村为例. 社会学研究, 2013(2): 55—77
- [5] 田孟. 中国农村医疗卫生事业的制度变迁与现实困境——以富县为个案. 华中科技大学博士学位论文, 2018
- [6] 王泗通. 从苏北某村看新农合制度下乡村医生的角色变迁. 医学与社会, 2015(2): 52—54
- [7] 张春琳. 乡村医生的健康传播功用及其角色变迁. 重庆社会科学, 2010(10): 80—84

- [8] 张亚. 新医改背景下乡村医生激励机制研究. 重庆工商大学硕士学位论文, 2015
- [9] 刘鸿宇. 中国西部地区卫生人力资源预测及基层卫生人力激励因素研究. 山东大学博士学位论文, 2017
- [10] 唐梦琦, 尹文强, 马牧野, 等. 乡村医生激励机制路径分析. 中国卫生政策研究, 2016(6): 26-31
- [11] 叶敬忠, 李春艳. 行动者为导向的发展社会学研究方法——解读《行动者视角的发展社会学》. 贵州社会科学, 2009(10): 72-79
- [12] 刘世定, 邱泽奇. “内卷化”概念辨析. 社会学研究, 2004(5): 96-110
- [13] Geertz C. *Agricultural Involution: The Processes of Ecological Change in Indonesia*. Berkeley: University of California Press, 1963
- [14] 黄宗智. 华北的小农经济与社会变迁. 北京: 中华书局, 1992
- [15] 杜赞奇. 文化、权力与国家: 1900—1942 年的华北农村. 王福明, 译. 南京: 江苏人民出版社, 2010
- [16] Goldenweiser A. Loose ends of a theory on the individual pattern and involution in primitive society. *Anthropology*, 1936: 99-104
- [17] Service E R. The law of evolutionary potential//Sahlins M D, Service E R, eds. *Evolution and Culture*. Ann Arbor: the University of Michigan Press, 1960
- [18] 吴月. 社会服务内卷化及其发生逻辑: 一项经验研究. 江汉论坛, 2015(6): 131-137
- [19] 马全中. 政府向社会组织购买服务的“内卷化”及其矫正——基于 B 市 G 区购买服务的经验分析. 求实, 2017(4): 44-57
- [20] 贺雪峰. 论乡村治理内卷化——以河南省 K 镇调查为例. 开放时代, 2011(2): 86-101
- [21] 李祖佩. 乡村治理领域中的“内卷化”问题省思. 中国农村观察, 2017(6): 116-129
- [22] 凡勇昆, 邬志辉. 我国农村教育发展方向的困境与出路——基于文化的视角. 华东师范大学学报(教育科学版), 2012, 30(4): 26-30
- [23] 张天雪, 黄丹. 农村教育“内卷化”的两种形态及破解路径. 教育发展研究, 2014, 34(11): 30-35
- [24] 渠敬东. 项目制: 一种新的国家治理体制. 中国社会科学, 2012(5): 113-130
- [25] 王长城. 农村基层电子健康档案面临的主要问题及对策. 兰台内外, 2019(9): 75-76
- [26] 罗银波, 贾利高, 刘军安, 等. 湖北省国家基本公共卫生服务项目管理及相关问题分析. 中国公共卫生, 2019(6): 676-679
- [27] Abbott A. Status and Status Strain in the Professions. *American Journal of Sociology*, 1981(4): 819-835
- [28] 张雨薇, 武晋, 李小云. 村医与国家: 从深度嵌入到偏差嵌入. 湖北社会科学, 2020(4): 44-54
- [29] 赵新亮. 提高工资收入能否留住乡村教师——基于五省乡村教师流动意愿的调查. 教育研究, 2019(10): 132-142
- [30] Hoffman L. Professional Autonomy Reconsidered: the Case of Czech Medicine under State Socialism. *Comparative Studies in Society and History*, 1997(4): 346-372
- [31] 吴晶, 常瑞, 刘军安, 等. 农村居民对村卫生室基本药物制度评价研究——基于甘肃、湖北、浙江三省调查数据. 中国卫生政策研究, 2016(4): 37-43
- [32] 朱文辉. 学术治理的内卷化: 内涵表征、生成机理与破解之道. 高等教育研究, 2020(6): 26-33
- [33] Field M. The Position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional. *The Milbank Quarterly*, 1988(Supplement 2): 182-201
- [34] 曹琦, 崔兆涵. 我国卫生政策范式演变和新趋势: 基于政策文本的分析. 中国行政管理, 2018(9): 86-91
- [35] Eliot F. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd Mead, 1970
- [36] 赵黎. 发展还是内卷? ——农村基层医疗卫生体制改革与变迁. 中国农村观察, 2018(6): 89-109
- [37] Max G. *Politics, Law and Ritual in Tribal Society*. London: Taylor and Francis Group, 2017
- [38] Lent R W, Brown S D, Hackett G. Toward a Unifying Social Cognitive Theory of Career and Academic Interest, Choice, and Performance. *Journal of Vocational Behavior*, 1994(1): 79-122
- [39] 李伯玲. 群体身份与个体认同——A 县五名农村教师的叙事探究. 东北师范大学博士学位论文, 2013

- [40] 尹曦. 论涂尔干的职业伦理与法团的现实困境. *江苏社会科学*, 2007(S1): 69 - 71
- [41] Siegrist J , Starke D , Chandola T , et al. The Measurement of Effort-reward Imbalance at Work: European Comparisons. *Social Science & Medicine* , 2004(8) : 1483 - 1499
- [42] Burt R S. *Structural holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press , 2009
- [43] Foucault M. *The Order of Things—An Archaeology of the Human Sciences*. New York: Vintage , 1994
- [44] 吉登斯. 社会的构成. 李康, 李猛, 译. 北京: 生活·读书·新知三联书店, 1998
- [45] 韦伯. 韦伯作品集. 康乐, 简惠美, 译. 桂林: 广西师范大学出版社, 2005
- [46] Linda W , Hobson J. *States and Economic Development*. Cambridge: Polity Press , 1995
- [47] Evans P. *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation*. New Jersey: Princeton University Press , 1995
- [48] 李洁. 列席者的声音——农村医疗卫生政策参与主体行为分析. 北京: 知识产权出版社, 2017
- [49] Hall P A. Policy Paradigms , Social Learning and the State: The Case of Economic Policy making in Britain. *Comparative politics* , 1993(3) : 275 - 296

The Occupational Embedding of Rural Physicians: The Dilemma of Involution and Governance Path

ZHANG Yuwei WU Jin

Abstract As the continuation of the barefoot doctors deeply embedded in the country , rural physicians were once de-embedded in the country. Since the beginning of the new century , the rural physicians profession has gradually been embedded in the country at the system , structure and cognitive level. Introducing the concept of involution and combing the process of re-embedding , we can find that under the coupling of the lock-in endogenous and autonomous suspension of the village medicine profession , the profession is encountering Involved crisis: Refined , complicated and formalized system intervention and regulation directly affect the professional content and boundaries of rural physicians , and the risk of professional de-specialization will breed; Changes in the relationship between township-rural physicians and health organizations and changes in the income structure of rural physicians have continuously weakened professional jurisdiction , and the corporate autonomy of the profession has been further eliminated; The misplacement , ambiguity , and bureaucratization of professional identities are accompanied by the regulation of drug use. Rural physicians begin to encounter a crisis of loss of clinical autonomy in the process of cognitive embedding , which has brought about unintended consequences of primary health care to eliminate medical care. How to realize the developmental embedding of the rural physicians profession? It is necessary to integrate the power of the professional community outside the market and society.

Keywords Embedded; Involution; Rural physicians; Occupation